Aus dem Institut für Rechtsmedizin der Universität Düsseldorf
Direktor zur Zeit der Untersuchungen: Prof. Dr. h. Schweizer

Zum erweiterten Suicid

Empirische Untersuchung der im Institut für Rechtsmedizin der Universität Düsseldorf im Zeitraum von 1949 – 1978 sezierten Fälle

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Universität Düsseldorf, vorgelegt von
Jutta Igenbergs, geb. Hülsmeyer
1979

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544321_0053

Aus dem Institut für Rechtsmedizin der Universität Düsseldorf
Direktor zur Zeit der Untersuchungen: Prof.Dr.h.Schweizer

Zum erweiterten Suicid

Empirische Untersuchung der im Institut für Rechtsmedizin der Universität Düsseldorf im Zeitraum von 1949 - 1978 sezierten Fälle

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

der Universität Düsseldorf, vorgelegt von

Jutta Igenbergs, geb. Hülsmeyer

1979

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf
gez.: Prof.Dr.med. Reinauer

Referent
gez.: Prof.Dr.med. Trube-Becker

Korreferent
gez.: Prof.Dr.med. Brüster

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

		Seite
I.	Einleitung	1
	1. Anthropologische Gesichtspunkte	1
	2. Zur generellen Häufigkeit von Selbstmorden	3
II.	Allgemeine Darlegung	6
	1. Einzelsuicid	6
	2. Erweiterter Suicid	11
	3. Doppelselbstmord	18
	4. Tätergruppen	24
	5. Tathergang	25
III.	Eigene Untersuchung	27
	1. Methodische Gesichtspunkte	27
	2. Auflistung aller Fälle	30
	3. Ergebnisse	41
	a) Zeitliche Verteilung pro Jahr	41
	b) Prozentuale Verteilung pro Zeitintervall	42
	c) Prozentualer Anteil der Doppelselbstmorde und Mitnahmeselbstmorde pro Zeitintervall	43
	d) Prozentuale Verteilung der Mitnahmeselbstmorde	43
	e) Prozentualer Anteil der Erwachsenen und Kinder	43
	f) Aufteilung in männliche und weibliche Erwachsene und Kinder	44
	g) Altersverteilung der Erwachsenen und Kinder pro Zeitintervall	45
	h) Altersverteilung bei Doppelsuiciden	46
	i) Durchschnittsalter der an erweiterten Suiciden beteiligten Erwachsenen	46
	k) Prozentualer Anteil der vollendeten Doppel- und erweiterten Suicide zu unvollendeten	46
	l) Tötungsart pro Zeitintervall	47
IV.	Zusammenfassung	48
V.	Literatur	50

I. Einleitung

1. Anthropologische Gesichtspunkte

Prinzipiell kann der Suicid als spezifische Verwirklichung menschlicher Freiheit gesehen werden. So bejahten zum Beispiel die philosophischen Schulen der Epikuräer und Stoiker im alten Griechenland und Rom den Selbstmord ausdrücklich. Ein anderes Beispiel ist das Harakiri der japanischen Ritterkaste, das zeitweise gesetzliche Geltung besaß.

Es gab demnach auch Gesellschaftsformen, die unter bestimmten Bedingungen den Suicid als etwas Positives angesehen haben. So ist es bei manchen sogenannten primitiven Gesellschaften Brauch, daß die Alten Hand an sich legen, um dem Stamm die Last der Pflege und Erhaltung ohne Gegenleistung zu ersparen. Es widerspricht dem Moralkodex dieser Stämme, am Leben zu hängen. Auf Todesvorstellungen und Tötungsrituale der Primitivvölker wird im Zusammenhang der Mitnahmeselbstmorde und Gruppenselbstmorde noch eingegangen.

Die positive Bewertung des Freitodes hat sich bis in die Gegenwart erhalten. In seinem im Jahre 1976 erschienenen Buch "Hand an sich legen - Diskurs über den Freitod" interpretiert der Schriftsteller Jean Améry den Selbstmord als einen Akt der Freiheit. Der allerletzte Akt von Menschenwürde, der in der Entscheidung zum Selbstmord erreicht werden könne, würde durch Selbstmordverhütung vernichtet. Jenseits vom Zwang einer Gesellschaft, einer konventionellen Lebenslogik, progressiver Zielsetzungen gehe es dann nur noch um die Erfüllung der Freiheit, in die niemand mehr hineinzureden habe.

Demgegenüber galt der Selbstmord zum Beispiel im ausgehenden Mittelalter in Europa unter dem Einfluß des Christentums weitgehend als verabscheuungswürdig. Suicidversuche wurden bestraft und Suicidleichen wurden schimpflich behandelt,

zumindest aber erfolgte Vermögenskonfiszierung.

Suicidales Verhalten hat es offensichtlich zu allen Zeiten und in allen Kulturen, aber durchaus nicht mit dem heutigen Stellenwert gegeben.

Der Tod hatte in den meisten Kulturen, sogar bei den primitiven Volksstämmen einen bedeutenden Platz im Glauben und im Handeln. Diese große Bedeutung wird von Schipowenski (1963) dahingehend interpretiert, daß der Tod einer der erschütterndsten Brennpunkte des Daseins sei. In diesem Zusammenhang weist der Autor auf Märtyrer, die einen Opfertod gestorben sind und damit ein ewiges Leben erzielten, bzw. die Verehrung der Nachkommen gewannen, hin.

Mitnahmeselbstmorde und Doppelselbstmorde sind ebenfalls zahlreich aus der Geschichte bekannt. Ethnologen vermuten, daß das Mitnehmen in den Tod einer Angst vor dem Alleinsterben entspringt. "Die Bereitschaft zum Mitnehmen ist in der völkerkundlichen Literatur über Naturvölker überhaupt recht groß, wie die Neigung zum Selbstmord aus nichtigen Anlässen." (zit. Popella, 1964.)

Die Mitnahme von Kindern in den Tod wird als arachaischer Mechanismus gedeutet:
Die Vorstellung, über das Leben ihrer Kinder nicht verfügen zu dürfen, sei noch gar nicht oder nur sehr unmaßgeblich vorhanden.

Interessant ist dieser Ansatz im Zusammenhang mit den heutigen Interpretationen von Mitnahmeselbstmorden:
Zumpe (1967) z.B. ist der Meinung, daß im ersten Lebensjahr die Tendenz zur Identifikation zwischen Mutter und Kind so stark sei, daß die Mutter das Kind als Teil ihrer selbst erlebe und es somit selbstverständlich in ihre Mordabsichten einbeziehe.

Im Doppelselbstmord zeigen sich nach Kretschmer (1963) die phylogenetisch uralten Affektanastomosen zwischen Liebe und Tod. Andere Autoren sehen das entscheidende Motivationsgeschehen in einer süßlich-schmerzlichen Stimmung eines Liebesverhältnisses (Gruhle, 1952).

Von Ghysbrecht(1967) wird der Tod durch Doppelselbstmord als eine Möglichkeit für den Täter angesehen, im Tode zu einer existentiellen Kommunikation zu gelangen, zu einer Kommunikation, die im Leben aufgrund der Persönlichkeitsstruktur der Suicidanten nicht erreicht werden konnte. Es scheint aber auch möglich, den Doppelselbstmord z.B. eines Liebespaares als Reaktion gegen eine objektive Ausweglosigkeit abzuleiten.

Aus dem Bedürfnis, Selbstmorde ganz allgemein zu verhindern, läßt sich der Selbstmord als "Abschluß einer krankhaften Entwicklung im Rahmen definierbarer psycho-sozialer Zusammenhänge" beschreiben (Bauer et al., 1976).

Den Anstoß zu einer Selbstmordhandlung nicht nur in der Persönlichkeitsstruktur und der Krankheit des Selbstmörders zu suchen, sondern in einer konkreten Ausweglosigkeit durch eine aktuelle Lebenssituation, scheint unter dem Blickwinkel der Selbstmordverhütung sinnvoll. Zum anderen erscheint es jedoch als eine gefährliche Vereinfachung, jeden Willen zum Sterben zur Krankheit zu entwerten, so sehr sich eine solche Sichtweise auch als moralische Basis zur Selbstmordverhütung anbieten mag. Unterschiedliche kulturelle Normen können im jeweiligen Einzelfall - hemmend oder aktivierend - ihre Wirksamkeit entfalten.

2. Zur generellen Häufigkeit von Selbstmorden

In der Statistik wird neuerdings - vor allem unter dem Eindruck der Untersuchungen von Stengel - etwa seit dem Jahre 1960 zwischen Selbstmorden und Selbstmordversuchen unterschieden, weil das jeweilige suicidale Verhalten auf unterschiedliche Populationen bzw. unterschiedliche psychodynamische Entwicklungen hinweist: So ist z.B. bei Depressiven der Anteil vollendeter Selbstmorde weit größer als der Anteil der Selbstmordversuche.

Eine strenge Unterscheidung der psychodynamischen Konstellationen beim versuchten versus vollendeten Selbstmord ist jedoch oft nicht möglich und verbietet sich schon deshalb, weil ein demonstrativer als Versuch gemeinter Selbstmord tödlich enden kann. Umgekehrt kann ein ernsthafter Suicidant gerettet werden. Suicidales Verhalten ist demnach grundsätzlich schon wegen der statistisch erwiesenen Wiederholungsgefahr ernst zu nehmen.

Der Suicid ist eine recht häufige Todesursache: Jährlich begehen nach Schätzungen der WHO etwa 500 000 Menschen Selbstmord. Die Selbstmordziffer, d.h. die Anzahl der Selbstmorde pro Jahr bezogen auf 100 000 Einwohner schwankt dabei in den einzelnen Ländern ganz erheblich. Nach Pöldinger (1968) soll sie im Jahre 1962 in 49 Staaten zwischen 0,1 (VAR) und 39,5 (West-Berlin) gelegen haben, wobei sicherlich die Exaktheit der jeweiligen Statistiken eine Rolle spielt.

Generell liegt die Selbstmordrate im Schnitt bei zivilisatorisch hoch entwickelten Ländern zwischen 10 und 20. In der Bundesrepublik Deutschland beträgt sie 20 (1962 = 17,6). Ca. 12 000 Menschen sollen in der BRD jährlich Selbstmord begehen, so daß der Suicid die dritthäufigste Todesursache bei Menschen im Alter zwischen 15 und 45 Jahren ist.

Die Anzahl der Selbstmordversuche ist wegen der hohen Dunkelziffer - bei nicht auffällig werdenden leichten Vergiftungen - nur schwer zu schätzen, liegt aber mit Sicherheit über der Zahl der vollendeten Selbstmorde. Die Schätzungen variieren, bezogen auf die vollendeten Selbstmorde, zwischen 1: 3 bis über 1 : 10. Während bei den Suicidversuchen die große Fehlermöglichkeit bei Statistiken und auf ihnen basierenden Untersuchungen zur Aufklärung suicidalen Verhaltens offensichtlich ist, scheint diese Fehlermöglichkeit, oberflächlich betrachtet, bei vollendeten Selbstmorden nicht zu bestehen. Dennoch können auch diese Statistiken erhebliche Fehler aufweisen, schon weil in den einzelnen Ländern keineswegs einheitliche Erfassungskriterien - z.B. grundsätzliche Obduktion

bei Selbstmorden - vorliegen. Die Furcht der Angehörigen vor Sanktionen, etwa in katholischen Ländern, aber auch die Ansicht, daß weitere Aufklärung des Falles nicht erforderlich sei, führen zu unvollständigen Daten.

Braun (1971) zeigte, daß die Zuverlässigkeit der erfaßten Angaben von organisatorischen Faktoren beeinflußt werden kann: Ein kurzfristiger Anstieg der Selbstmordziffer in einer Statistik kann sogar auf eine Umorganisation in einer Behörde zurückzuführen sein.

Sogenannte Sekundärstatistiken, staatliche Statistiken, Polizeistatistiken, die vor allem von Soziologen zu Studien herangezogen werden, müßten hinsichtlich ihrer Fehlerquellen abgeschätzt und entsprechend berücksichtigt werden.

Für die eigene vorliegende Untersuchung sei bemerkt, daß zu den Doppelselbstmorden und erweiterten Suiciden keine gesicherten Statistiken existieren. Der erweiterte Suicid wird - soweit an Kindern verübt - im Rahmen von Statistiken, die sich mit Todesursachen von Kindern befassen, abgehandelt.

Insgesamt kann gesagt werden, daß hinsichtlich des suicidalen Verhaltens Einzelner vor allem deskriptive soziologische, psychiatrische und psychologische Studien vorliegen. Eine über das rein deskriptive hinausgehende Theorie, welche suicidales Verhalten erklärt, wurde mehrfach aufgestellt. Diese erklärenden Modelle suicidalen Verhaltens besitzen keine Allgemeingültigkeit und lassen eine Prognose für ein Individuum nur beschränkt zu.

Die Beschäftigung mit erweiterten und Doppel-Suiciden befindet sich in einem empirischen Stadium, das noch keine verbindlichen Aussagen über Zusammenhänge oder auch nur einzelne Merkmale gestattet.

II. Allgemeine Darlegung

1. Einzelsuicid

Mit dem Problem des Selbstmords haben sich die unterschiedlichsten Disziplin befaßt. Neben den Beiträgen der Anthropologie und der Philosophie interessieren im Rahmen dieser Arbeit vor allem diejenigen aus dem Bereich der Medizin, der Soziologie und der Psychologie.

Die Psychoanalyse Sigmund Freuds (1910) liefert einen der ersten systematischen Beiträge zur Erklärung des Phänomens Selbstmord. Die bis dahin geltende Ansicht der Psychiatrie, Selbstmörder seien im klassischen Sinne "geisteskrank" wird heute von keiner Schule mehr vertreten und hat darum nur noch rein historischen Stellenwert.

Die Frage, welche psychischen Vorgänge bewirken, daß der außerordentlich starke "Lebenstrieb" überwunden wird - durch die Selbstmordhandlung - beantwortet Freud mit im wesentlichen zwei Modellvorstellungen, die sich aus dem Erklärungssystem der Psychoanalyse ergeben: Zum einen verweist er auf die besonderen Affektvorgänge, die dem klinisch bekannten Zustand der Melancholie (i.e. Depression) zugrunde liegen. Den Bezugsrahmen für die Theorie des Selbstmordes liefert das Individuum und seine frühkindliche Entwicklung: Das frühe Entbehren des Gefühles von Geborgenheit oder der Verlust von Bezugspersonem, die dieses Gefühl vermitteln, sind prädisponierende Faktoren, die in der Biographie des Melancholikers selten fehlen. Dieses Entbehren erzeugt aggressive Impulse. Die Suicidtendenz des Melancholikers ist eine Wendung dieser aggressiven Strebungen - statt gegen die Umwelt - gegen das eigene ICH. Diese Vorstellung von der Aggressionsumkehr wurde von Freud sehr konkret auf die Melancholie und den Selbstmord angewandt: Er stellte die These auf, daß niemand sich töte, wenn er nicht ursprünglich beabsichtige, jemand anderen umzubringen. Dabei ist es

aus der Sicht der Psychoanalyse zum Verständnis der Genese von Suicidtendenzen gleichgültig, ob es sich bei "diesem anderen" um eine real existierende oder um eine internalisierte Person handelt.

Zum anderen erarbeitet S. Freud (1920) - wohl stark unter dem Eindruck des 1. Weltkrieges stehend - eine zweite völlig andere Theorie zum Selbstmord. Geschieht die Selbsttötung der alten Vorstellung nach aus einer biographisch nachvollziehbaren depressiven Affektstruktur, so postuliert Freud jetzt einen genuinen Trieb zur Erklärung der Selbsttötung - den Todestrieb. Diese Hypothese wird heute von keiner psychoanalytischen Schule mehr vertreten. Auf eine genauere Darstellung dieser Theorie kann verzichtet werden.

Schon vor S. Freud hatte im Jahre 1905 der Psychiater Gaupp eine bis heute für wesentlich und gültig gehaltene Unterscheidung gemacht, die das Selbstmordgeschehen erhellen sollte: Er unterschied zwischen Motiv und Ursache für den Suicid. Das Motiv liege in der aktuellen Lebenssituation des Suicidanten, die Ursache in seiner Persönlichkeit. "Persönlichkeit" wird hier - anders als bei Freud - als anlagebedingt aufgefaßt. Der wesentliche Fortschritt Gaupps kann darin gesehen werden, daß die Motive in der gegenwärtigen Lebenssituation des Selbstmörders gesucht und nicht - wie dies zuvor geschah - das gesamte Selbstmordgeschehen auf einen genetisch angelegten Defekt der Persönlichkeit zurückgeführt werden.

Von der modernen Psychoanalyse wird Gaupp's Unterscheidung mit unterschiedlichem Inhalt verwendet. Die Vertreter dieser Richtung weisen auf die Auslöserfunktion (s.Motiv) drohender oder stattgefundener Verlusterlebnisse hin. Die Tatsache, daß nicht jeder, der solchen Erlebnissen ausgesetzt ist, zum Suicidanten wird, läßt sich aus der unterschiedlichen biographischen Strukturiertheit der Individuen herleiten (Haynal, 1976).

Erwin Ringel (1953) - einem Vertreter der neoanalytischen Schule Alfred Adlers - ist die Selbstmordverhütung ein besonderes Anliegen. Auf der Basis empirischer Untersuchungen von 745 geretteten Suicidanten wird der Selbstmord als Abschluß einer krankhaften Entwicklung angesehen. Die situative und psychodynamische Einengung, in welcher der Betroffene keinen Handlungsspielraum mehr erkennen kann, läßt den Gedanken an den Tod zu einer verlockenden Idee werden, aus dieser Einengung auszubrechen. Dieser Zustand - von Ringel als "präsuicidales Syndrom" gekennzeichnet - ist definiert durch Einengung, Selbstmordphantasien und gehemmte Aggression. Diese gehemmte Aggression wird ebenso wie in der orthodoxen Psychoanalyse als eine gegen die eigene Person gerichtete destruktive Tendenz aufgefaßt, welche sich - ursprünglich gegen die Umwelt gerichtet - gegen die eigene Person wendet, weil die Abfuhr nach außen gehemmt ist. Neben dieser Parallelität in der Auffassung von der Aggressionsumkehr besteht mit S. Freud noch Übereinstimmung in der Annahme, daß grundsätzlich jeder Selbstmordhandlung eine seelische Erkrankung zugrunde liegt; die Gründe für den Selbstmord werden demnach im Patienten selbst gesehen.

In diesem Kontext muß auf die überindividuellen Zusammenhänge zwischen Depression und Alter sowie zwischen Selbstmord, Selbstmordversuch und Alter hingewiesen werden, die von Matussek (1965) und Stengel (1969) statistisch ermittelt worden sind. Für die Erkrankung an einer Depression stellt Matussek bei Frauen zwei Häufigkeitsgipfel (3. und 6. Lebensjahrzehnt) fest, bei Männern einen Häufigkeitsgipfel im 5. Lebensjahrzehnt. Stengel zeigt, daß die meisten vollendeten Selbstmorde im Alter von 55 - 60 Jahren, die meisten Selbstmordversuche im Alter von 30 - 35 Jahren verübt werden.

Stengel, der wie Ringel jahrzehntelang mit Selbstmördern und ihren Problemen gearbeitet hat, weist auf den Apellcha-

charakter besonders des Selbstmordversuches hin.

Alle bisher referierten Autoren sind dem medizinischen Krankheitsbegriff - wie unterschiedlich sie ihn auch definieren und auf das Selbstmordgeschehen anwenden - verhaftet. Diesen Krankheitsbegriff hat als erster der Soziologe Durkheim (1897) radikal bestritten, indem er die These erarbeitete, Selbstmordziffern seien eine Maßzahl der jeweiligen gesellschaftlichen Verhältnisse im Hinblick auf soziale Integration. Die Selbstmordhandlung - aus medizinischer und psychologischer Sicht ein persönliches und individuelles Problem - wird zu einem sozialen Phänomen erklärt. Daraus läßt sich für die Selbstmordverhütung ableiten, nicht am Individuum anzusetzen, sondern die gesellschaftlichen Verhältnisse so zu gestalten, daß immer weniger in ihr lebende Individuen genötigt sind, im Suicid eine Lösung ihrer Probleme zu sehen. Der interessierende Forschungsgegenstand ist die gesellschaftliche Gruppe und nicht das einzelne Individuum oder der Selbstmord selbst. Damals klärte sich, daß hohe Selbstmordraten in soziologisch definierten Gruppen von Religion, Einkommen, Ausbildungsstatus sowie Stabilität der familiären Verhältnisse abhängen. Die Häufung von Selbstmorden zu bestimmten Zeiten beschreibt Durkheim (1897) mit dem "Gesetz der Anomie", welches besagt, daß in Zeiten gesellschaftlichen Wandels, der die Gruppe betrifft, die Selbstmordzahl ansteigt. Das Zerbrechen alter Ordnungen und Wertvorstellungen - als unerläßliche Regulative des Sozialverhaltens - verändern den Integrationszustand der Gruppe und damit die Situation des Einzelnen in der Gruppe.

Aus der Sicht der experimentellen lerntheoretisch orientierten Psychologie werden Depressionen und Selbstmordtendenzen als ein gelerntes Verhalten aufgefaßt, welches in seiner Entstehung denselben Gesetzmäßigkeiten unterliegt wie jedes andere Verhalten auch. Auf der Suche nach jenen Situationen bzw. Ereignissen, die zum Erlernen depressiven Verhaltens führen, richtete man die besondere Aufmerksamkeit auf die Biographie. Vor allem Verlusterlebnisse und Mutterentbehrung werden als wichtig hervorgehoben.

Selbstmord und Selbstmordversuch können als Problemlösungsversuch angesehen werden. Das zur Lösung anstehende Problem ist die "gelernte Hilflosigkeit" (Hoffmann, 1977), die das Individuum über eine Kette negativer Erfahrungen in eine - zumindest subjektiv - ausweglose Situation gebracht hat. Diese ist der depressive Zustand. Eine negative Einstellung und Selbsteinschätzung sind das Wahrnehmungsfilter, durch das die eigene Person, Umwelt und Zukunft gesehen werden. Die Entstehung dieser Einstellung wird von biographischen Ereignissen wie Verlusterlebnissen begünstigt. Nicht nur dieses Interesse an der Lebensgeschichte sowie die wichtige Rolle von Verlusterlebnissen zeigen eine Parallelität zur Psychoanalyse an, sondern auch die Befunde von experimentalpsychologischen Untersuchungen der Aggression im Zusammenhang mit depressiven Zuständen:
Wie zuvor geschildert, faßt die Psychoanalyse den Selbstmord als eine Wendung einer ursprünglich gegen andere gerichteten Aggression gegen die eigene Person auf. Die Lernpsychologie konnte bei Depressiven mit Selbstmordideen zeigen, daß Richtung und Äußerungsformen von Aggressionen sich ändern können: Von offener Feindseligkeit gegen nahe oder entfernte Bezugspersonen bis zur Autoaggression zum Zeitpunkt des Selbstmordes. Daraus ließe sich im Hinblick auf weitere empirische Aufklärung die These ableiten, daß der depressive Zustand nicht nur für die eigene Person, sondern auch für andere eine mögliche Gefährdung darstellt.

Die Gruppe der sogenannten endogenen Depressionen ist in ihrer biographischen Begründung nicht oder zumindest viel weniger faßbar als reaktive oder neurotische Zustandsbilder. Sie ist mit einem hohen Suicidalitätsrisiko behaftet, macht aber nach neueren Untersuchungen einen relativ geringen Anteil an der Gesamtsuicidalität aus (Pöldinger, 1968, Anteil der endogen Depressiven 9,3%). Wenn im folgenden in der Zuordnung einzelner Fälle in diese Gruppe größte Zurückhaltung geübt wird, so geschieht dies auch im Hinblick auf die Problematik dieses Krankheitsbegriffes:

"Die wünschenswerte Klarheit und Deutlichkeit, welches die Logik von der Güte eines Begriffes fordert, damit er nach Inhalt und Umfang bestimmt sei, besitzt gegenwärtig keiner der psychiatrischen Krankheitsbegriffe soweit sie im Zusammenhang von Selbstmordhandlungen diskutiert werden. Vielleicht ist diese Forderung auch gar nicht erfüllbar, weil im Rahmen psychologischer Begriffsbildung, die lebendige Menschen mit einer jeweils einzigartigen Lebensgeschichte decken muß, andere Maßstäbe gelten als in der Logik. Daß die Psychiatrie aber immer wieder so tut, als sei das Wort endogene Psychose ein solchermaßen gewünschter fest umschriebener Krankheitsbegriff, bleibt ein Ärgernis. ... Andererseits ist auch bei dieser Gruppe der letzte Anstoß zu einer Selbstmordhandlung nicht eine mysteriös von innen waltende Krankheit sondern eine konkrete Ausweglosigkeit einer aktuellen Lebenssituation." (Pohlmeier, 1978, S.69)

Die Problematik des kritisierten Krankheitsbegriffes wird vor allen Dingen im Rahmen der forensischen Bewertung unvollendet gebliebener erweiterter Suicide zu einem echten Dilemna für den Begutachter. Bei endogenen wie bei psychogenen Depressionen kann die "Vitalisierung der Affekte" (Bürger-Prinz, 1950) ein Ausmaß annehmen, welches die Tötungshandlung verständlich macht.

Darüberhinaus wird heute vielfach die Ansicht vertreten, die Ursachen für Geisteskrankheiten seien nicht nur im Körper und seiner genetischen Ausstattung zu suchen, sondern auch in den zwischenmenschlichen Beziehungen und der individuellen Lebensgeschichte. Auch familiäre Häufungen von Suiciden können nicht unbedenklich als stringenter Beweis diesbezüglicher genetischer Dispositionen angeführt werden. Schon Bleuler (1951) entwirft das Konzept der "sozialen Vererbung", womit er weitgehend das meint, was die moderne experimentelle Psychologie als "Imitationsverhalten" erarbeitet hat. Dieses Nachahmen von Verhaltensmustern, die am Modell z.B. der

Eltern wahrgenommen und gelernt wurden, kann auch zu familiären Häufungen führen.
Als Ausweg mag man für die Selbstmordforschung den von Pohlmeier (1978) gemachten Vorschlag aufgreifen, die Depression als Affekt im Sinne eines zur Tatzeit bestehenden Gefühlszustandes aufzufassen und nicht nach ihrer Einordnung in ein System von Krankheiten zu fragen. Hiermit trüge man besonders dem Umstand Rechnung, daß dieses System psychiatrischer Erkrankungen seine Allgemeinverbindlichkeit sowohl für die Forschung als auch für die Praxis verloren zu haben scheint.

2. Erweiterter Suicid

So vielfältig und unterschiedlich Theorie und Forschung auf dem Gebiet des Selbstmordes sind - soweit es sich um Selbstmorde Einzelner handelt - so unerforscht und theoretisch schwer faßbar sind sogenannte Mitnahmeselbstmorde. Inhaltlich definiert Lange (1964) den erweiterten Suicid als eine Selbstmordhandlung, in welche eine zweite oder mehrere Personen "ohne deren Bereitschaft oder Einverständnis" einbezogen werden.
Zur Abgrenzung gegenüber "Selbstmord mit vorangegangenem Mord" oder "Mord mit nachfolgendem Selbstmord" muß das Verlangen, selbst zu sterben bei der Tat primär und vorherrschend gewesen sein, und nicht etwa die Tendenz zur Tötung anderer dominiert oder zumindest mit dem Selbstvernichtungsdrang konkurriert haben (Popella 1964).

Nach Schipowenski (1963) muß darüberhinaus der Nachweis altruistischer Motive oder wenigstens eines "unreflektierten Mitnehmens in den Tod" erfolgt sein, um von einem erweiterten Suicid sprechen zu können.

Falls es sich bei den Opfern nicht um Kinder handelt oder keine eindeutigen Aussagen, z.B. in Form von Abschiedsbriefen oder Vorankündigungen, vorliegen, ist es im Einzelfall oft sehr schwierig bzw. meist sogar unmöglich, zu entscheiden,

ob es sich bei der Tat um einen erweiterten Suicid, einen Doppelselbstmord oder um einen Mord mit anschließendem Selbstmord handelt.
Die von Witter und Luthe (1966) vertretene Ansicht, die Einbeziehung des Mitgenommenen in den eigenen Verzweiflungsbereich gleiche weitgehend dem bei Doppelsuicid - d.h. beide Selbstmörder entscheiden sich gemeinsam zu sterben - es fehle lediglich der Konsens der Mitgenommenen, erscheint sehr fragwürdig. Diese einfache Gleichsetzung übergeht die andersartige psychodynamische Konstellation, die Motivation und die tatauslösende Situation, so daß ihr die psychologische Fundiertheit abzusprechen ist.

Zum erweiterten Suicid ist zunächst anzumerken, daß es sich hierbei um eine Tat handelt, die in der Regel von Frauen begangen wird, in die Tat einbezogene Opfer sind im allgemeinen deren Kinder. Männer nehmen häufig die gesamte Familie oder den Intimpartner mit in den Tod (Rasch, 1969).
In der Gesellschaft wie auch in der wissenschaftlichen Literatur werden erweiterte Suicide vornehmlich als Ausdruck zerrütteter Lebensverhältnisse, psychischer Störungen oder einer Geisteskrankheit aufgefaßt. Viel seltener wird in der Tat ein Appell an das soziale Umfeld gesehen, die Ausweglosigkeit einer Situation zu erkennen und helfend einzugreifen (Lange 1963).
Stengel (1969), der sich beim einfachen Suicid mit der Appellfunktion befaßt, kommt zu dem Ergebnis, daß diese Appellfunktion hauptsächlich dem Selbstmordversuch des Einzelnen zukommt. Diesen Sachverhalt berücksichtigt Popella (1964), indem er auf die unterschiedliche charakterliche Struktur "echter" Selbstmörder hinweist gegenüber Menschen, die einen Selbstmordversuch begehen, wobei sie sich mehr oder minder bewußt eine Chance zum Überleben gäben. Auf dem Hintergrund dieser Unterscheidung sei der erweiterte Suicid fast immer "ernst"

gemeint. Er erkennt also - im Gegensatz zu Lange (1964) - dem erweiterten Suicid überwiegend eine Appellfunktion ab.

Beim erweiterten Suicid zeigt sich demnach eine besonders enge Verzahnung von in der Persönlichkeit liegenden und äußeren Faktoren, die über die nosologisch-psychiatrische Analyse hinaus eine stärkere Berücksichtigung biographischer und sozialer Momente erfordert. Die Wirksamkeit solcher Momente sei bei endogenen wie reaktiven Depressionen nachweisbar (Rasch, 1969). Diese Auffassung entspricht den Ausführungen Pohlmeiers (1968) zum einfachen Suicid.

Ganz ähnlich dem einfachen Selbstmörder, fällt am Suicidanten mit erweitertem Suicid die Neigung auf, das ganze Bewußtsein auf Unlust verursachende Empfindungen zu richten. Im erweiterten Suicid - so stellt auch Lange (1964) fest - zeige sich eine offenbare Fokussierung einer Lebens- und Krankheitsgeschichte auf einen alles in den Hintergrund drängenden Punkt.
Über die Umweltbedingungen, die das Entstehen sowohl solcher Erlebnisstrukturen als auch des Selbstvernichtungsstrebens und der Mitnahmetendenz begünstigen, berichtet Popella (1964) nur im Rahmen seiner Kasuistik. Die psychodynamische Konstellation, die zur Tat motiviert, teilt er in Egozentrismus versus Altruismus ein. Darüberhinaus stellt er die These auf, daß sich das Motivationsgeschehen bei Frauen und Männern unterscheiden lasse. "Von Frauen wird die Tat vor allem aus depressiven Affekten heraus begangen, insbesondere aus Angst, Kummer und Verzweiflung. Bei Männern überwiegen sthenische Affekte, meist sind sie diffus und ungerichtet. Wut, Rache, Vergeltung, Protest - unter Umständen gegen die Gesellschaft und das Leben überhaupt - spielen bei ihnen motivisch eine wesentlich Rolle." (Popella, 1964, S. 617).
Der Altruismus in der Motivation der weiblichen Täter liegt in Mitleid und Fürsorge für die Kinder, die durch die Mitnahme in den Tod vor einer negativen Zukunft geschützt werden

sollen. Diese Tatmotivierung läßt sich zum einen dahingehend deuten, daß die Mutter nicht nur in ihrem Selbsterhaltungstrieb sondern auch in ihrem Fürsorgetrieb gestört sei (Popella,1964).Zum anderen kann darin jener archaische Mechanismus gesehen werden, der die Mutter ihr Kind als einen Teil ihrer selbst erleben läßt und wie selbstverständlich mit in den eigenen Tod nehmen läßt (Zumpe, 1967)
Rasch (1969) zeigt, daß - vor allem in Situationen problematischer Intimbeziehung und chronischer Familienkonflikte - die Mitnahme von Kindern in den Tod als eine "Hinwendung zum Ersatzopfer" erfolgen kann (Rasch, 1966).
Aber nicht nur Haß und Aggression auf andere können zu einer Mitnahme von Kindern führen, sondern auch der Selbsthaß. Diese - nach Trube-Becker (1969) bei Frauen häufiger als bei Männern anzutreffende Gefühlseigenschaft kann aufgrund der besonderen Nähe und Psychologie der Mutter-Kind-Beziehung auf das Kind übergreifen.

Mit dem Hinweis auf kulturell normierte Wertvorstellungen, innerhalb derer in unserem Kulturkreis Mutterliebe - oder die Muterrolle überhaupt - altruistisch gesehen werden, berührt Popella eine komplexe Problematik. Die Verklammerung individuellen Verhaltens und sozialer Stereotypen - ein von Sozialpsychologen viel untersuchter Sachverhalt - ist beim einfachen wie auch beim erweiterten Suicid eine unerforschte Frage. Auch Rasch (1966) nimmt an, daß die Täterinnen von den gleichen idealisierenden Vorstellungen vom Ablauf derartiger Geschehnisse bestimmt würden, wie der außenstehende Betrachter. Der Rückgriff auf das Mitleidsmotiv liege beim erweiterten Suicid schon deswegen nahe, weil es dem Betrachter der meist depressiven Täterinnen am naheliegendsten erscheine. Daß das Bedürfnis nach Ableitbarkeit und Verstehbarkeit der Tat seitens des Untersuchers zur Annahme altruistischer Beweggründe bei der Frau, beim Mann aber krimineller Tötungsabsichten - Wut, Rache -verleiten könne, wird auch von Popella (1964) angemerkt. Kretschmer (1963) geht bei der

Motivsuche davon aus, daß die ethisch höchstwertigen Motivationen, z.B. Mitleid, gegenüber den elementar triebhaftesten, bewußtseinsdominant seien. Es könne zu einer Verschmelzung nicht nur von Motiven untereinander, sondern auch - auf einer tiefen vitalen Schicht der Persönlichkeit - von Motiven und endogenen Stimmungsschwankungen kommen. Auf dem Boden einer solchen Sichtweise erscheint die von Popella getroffene Unterscheidung in Altruismus/Egozentrismus als unzureichende Vereinfachung.

Aus der Tatmotivation seien über die Motivationsthematik hinaus Schlüsse auf die nosologische Zuordnung möglich (Popella, 1964) : Bei psychogenen Depressiven führt vor allem die Verzweiflung zur Tat, bei endogenen Depressiven entsteht der Selbstvernichtungsdrang, der dann auf andere ausgedehnt werde, auf dem Boden der Angst. Widersprüchliche oder "fehlende" Motivationen könnten als Anzeichen einer Schizophrenie gesehen werden. Ebenso könne auch eine ungewöhnliche Selbstmordart kennzeichnend für eine Geisteskrankheit sein.

Die Gefahr, die sich aus einer solchen typisierenden Betrachtungsweise ergeben kann, wird von Bürger-Prinz (1939) hervorgehoben: Das Ungewöhnliche, nicht Verstehbare als krankhaft abzutun, sei natürlich grundfalsch. "Die Unberechenbarkeit ist keine Grenzsituation für den Menschen, sondern das allein Erwartungsgemäße."

Die bei endogenen Depressionen erwähnte Angst kann zum Tatzeitpunkt einem Affektstupor bzw. einer Emotionslähmung (Raptus melancholicus) weichen. Diese Ausschaltung hemmender Gefühlseinflüsse bis zur völligen Empfindungslosigkeit (s."seelische Anaestesie", Ringel,1961, begünstigt eine konsequente Tatdurchführung, ist aber keine notwendige Voraussetzung.

Im wesentlichen - so Schipowenski (1963) - habe die Tat des Melancholikers "beschützenden" Charakter im Gegensatz zum "Töten des Feindes" durch den Schizophrenen.

Einteilungen dieser Art leisten nach Rasch (1969) zum Verständnis der Tat nichts. "Erörterungen unter solchen Verallgemeinerungen können selbst Teilproblemen des erweiterten Suicides nicht gerecht werden." Jede Tat und jeder Täter müssen ohne vereinfachende Vorannahmen in ihrer Vorgeschichte und in ihrem Ablauf individuell analysiert werden, ehe so weitreichende Aussagen über die Psychodynamik gemacht werden können.

Der "Einbeziehung des Mitgenommenen in den eigenen Verzweiflungsbereich" unterliegt nach Ansicht vieler Autoren spezifischen Identifikations- und Projektionsvorgängen. Zumpe (1966) nimmt an, daß die Psychogenese der Mitnahmetendenz bei Selbstmörderinnen, die ihre Kinder töten auf dem Boden der Identifikation der Mutter mit ihrem Kind, besonders mit jungen Kindern, stattfindet. Diese Identifikation wiederum sei die Basis für Projektionen von der Mutter auf das Kind. Eine wirkliche oder vermeintliche Existenzbedrohung könne so auf das Kind übertragen werden. Psychologisch konsequent werden die Kinder dann vor dieser Existenzbedrohung geschützt, indem sie mit in den erlösenden Tod genommen werden.

Andere Autoren nehmen einen anderen Ablauf der Identifikations- und Projektionsvorgänge an (Rasch, Stengel, Kretschmer): Etwas der Mutter zugehöriges wird auf das Kind projiziert, so daß es zu einem Wesen wird, das eine Täter-Opfer-Identifikation erlaubt. Spezifische Projektionen sind hier also eine Voraussetzung, ohne welche die Identifikation bis zur "Verschmelzung" von Subjekt und Objekt zum"Einssein" ermöglicht.

Witter und Luthe (1966) erklären den Vorgang des Einbeziehens ohne Zuhilfenahme psychoanalytisch-dynamischer Begriffe: Aufgrund der Gewohnheit des Täters, alle Entscheidungen für das Kind zu treffen, erschiene es ihm selbstverständlich, auch im Falle des erweiterten Suicides seine eigenen Wertvorstellungen als allein richtig und verbindlich für sein Kind anzusehen.

Wie der Täter überhaupt die Tötung als Wertentscheidung treffen und aufrechterhalten kann, beschreibt Schrappe (1970) mit der stimmungsbezogenen Faktenbilanz. Eine depressiv veränderte Stimmungslage führe zu einer Fehlbeurteilung der Lebenssituation nicht nur des Suicidanten selbst, sondern auch der des Kindes. Neben der affektiv-motivationalen Basis des Geschehens wird hier der eher kognitive Aspekt beschrieben.

Abschließend muß noch einmal besonders betont werden, daß die Untersuchung der Tatmotivation äußerst schwierig ist. Wenn der erweiterte Suicid zumindest einseitig mißlingt, kann über Exploration der Täter ein Einblick erlangt werden. Bedacht werden muß allerdings immer, daß der Täter bewußt oder unbewußt Motivationen nachträglich in die Tat hineindenken kann. Ebenso besteht immer die Möglichkeit, daß ihm entscheidende Beweggründe nie klar waren. Die Gewichtung von Faktoren, die zum einen die Täterpersönlichkeit, zum anderen die soziale Situation betreffen, sind eine ganz auf den Einzelfall zugeschnittene Aufgabe.

3. Doppelsuicid

Die juristische und medizinische Definition des Doppelselbstmordes zeigen Unterschiede. Für den Juristen ist der Selbstmord "die absichtlich herbeigeführte Beendigung des Lebens durch den Lebensträger selbst" (Schwarz, 1946). Ein Doppelselbstmord liegt dann vor, wenn beide Selbstmörder jeweils an sich selbst die Selbstvernichtung begehen.

Im medizinischen Bereich kann eine "direkte oder indirekte, eine positive oder negative Tat", die zum Tod führt als Selbstmord bezeichnet werden. Eine negative zum Tode führende Tat ist das Sich-Tötenlassen oder das Nichtverhindern der Tat. Übertragen auf den Doppelselbstmord bedeutet diese Definition, daß einer der beiden Suicidanten die Tötung an

beiden ausführt. Wesentlich ist hier nur, daß bei beiden der Wunsch und die feste Absicht, gemeinsam in den Tod zu gehen, nachweisbar sind.

In der Literatur finden sich Fallbeschreibungen, die den juristischen Kriterien für einen Doppelselbstmord genügen, als auch solche, die der medizinischen Fassung des Begriffes entsprechen.
Von dieser Definition wird im folgenden ausgegangen, weil der Wunsch zu sterben, als ausschlaggebend für den Doppelselbstmord angesehen wird und nicht das Faktum, das jeder der beiden Selbstmörder die Tötung an sich selbst ausführt.
Die Schwierigkeit, einen Doppelselbstmord zweifelsfrei festzustellen, läßt sich anhand verschiedener Todesmöglichkeiten zweier Menschen in unmittelbarer zeitlicher und räumlicher Nähe aufzeigen:

1.) Natürlicher gleichzeitiger Tod zweier Menschen am gleichen Ort;

2.) natürlicher Tod einer Person mit nachfolgendem Selbstmord oder Unfall einer zweiten; diese Reihenfolge ist umkehrbar;

3.) Mord, gefolgt von Selbstmord oder Unfall;

4.) doppelter Unfall;

5.) zwei einzelne Selbstmorde;

6.) Doppelselbstmord.

Es wird davon ausgegangen, daß der natürlich Tod (1) sich mit großer Wahrscheinlichkeit feststellen läßt, so daß ein Doppelselbstmord ausgeschlossen werden kann.
Werden zwei Menschen tot aufgefunden und die unnatürliche Todesart ist sicher, so sind die unter (3) bis (6) aufgeführten Todesarten in Erwägung zu ziehen.

Man spricht von Doppelselbstmord, wenn beide Täter gleichzeitig - ungefähr im Augenblick der Tat entschlossen sind, durch Selbstmord zu sterben." (Ghysbrecht, 1967)
Die meisten Doppelselbstmörder neigen dazu, im gleichen Augenblick zu sterben. Todesarten, wie Schlafmittel- oder CO-Intoxikation, die gleichzeitig auf beide einwirken, sind deshalb besonders geeignet, die Verbundenheit der Partner zu unterstreichen. Übt jedoch einer der beiden - den Wunsch gemeinsam zu sterben im Augenblick der Tat vorausgesetzt - die Vernichtungstat zuerst am anderen und dann an sich aus, so besteht nach Ghysbrecht ein fließender Übergang vom Totschlag auf Verlangen gefolgt vom Selbstmord des Täters. Ob ein Doppelselbstmord oder ein Totschlag auf Verlangen vorliegt, ist eine Frage, die unter Berücksichtigung der Absicht und geistigen Verfassung der Täter in jedem Einzelfall geprüft werden muß. Bei echtem Doppelselbstmord wird ein gemeinsames Problem zum Motiv der Selbstvernichtung.
Anders als beim erweiterten Suicid, der den Todeswunsch nur bei dem Täter, nicht aber seinen Opfern voraussetzt, ist beim Doppelselbstmord der Wunsch zu sterben bei beiden und die Einwilligung in die Todesart eine Vorbedingung.

Die komplexen Beeinflussungsvorgänge, die hier vor der Tat ablaufen, veranlassen Ghysbrecht beim Doppelselbstmord von induziertem Selbstmord zu sprechen. Der Entschluß zu sterben, die Wahl der Tötungsart müssen notwendigerweise vorher besprochen werden. Meist ist einer der beiden der führende Teil, der den anderen dahin bringt, dem gemeinsamen Tod zuzustimmen. Im Gegensatz zu der von Witter und Luthe (1966) geäußerten Ansicht, der Doppelselbstmord gleiche weitgehend dem erweiterten Suicid, zeigen die skizzierten Voraussetzungen, daß die psychodynamischen Voraussetzungen beim Doppelselbstmord grundsätzlich anders sind. Ebenso wie der erweiterte Selbstmord kann der Doppelselbstmord nicht einfach die Annahme einer Geisteskrankheit nahelegen. Sehr oft gehen aus der Vorgeschichte - soweit sie sich rekonstruieren läßt - eine eher psycho-

reaktive Genese des Todeswunsches hervor.

Das Phänomen der Nachahmung, das beim einfachen Suicid schon dargelegt wurde, kann auch beim Doppelsuicid eine Rolle spielen. Da eine familiäre Häufung von Doppelsuiciden nicht bekannt ist (derartiges wird jedenfalls in der Literatur nicht beschrieben), scheint eine Imitation von direkt wahrgenommenen Modellen nicht vorzuliegen. Eher kann eine Imitation von Modellen, die indirekt, z.B. auf dem Weg der Massenkommunikation rezipiert werden, angenommen werden. Die "idealisierenden Vorstellungen vom Ablauf derartiger Geschehnisse", die Rasch (1969) unterstellt, könnten bei der Idee zum Doppelselbstmord und der Tatdurchführung eine wesentliche Rolle spielen.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß die Idee, gemeinsam zu sterben, notwendigerweise bei einem der beiden Selbstmörder zuerst entstehen muß. Ghysbrecht(1967) zeigt, daß eine spezielle Beeinflussungsdynamik bis zur Tat oder zumindest bis zum Entschluß besteht: Eine Analyse der überlebenden Selbstmörder aus mißlungenen Doppelselbstmordversuchen läßt den Schluß zu, daß es bei Doppelsuicidanten regelhaft anzutreffende Persönlichkeitsstrukturen zu geben scheint.

Man unterscheidet den Induktor und den Induzierten. Von ersterem geht die Anregung zum gemeinsamen Sterben aus. Meist sind diese Induktoren egozentrische narzißtische Persönlichkeiten mit der Neigung zu Dominanz und Projektion eigener Absichten in andere. Ihr Gefühlsleben ist von langanhaltenden Vorstellungen bestimmt. Veränderungen in ihren Zielen sind selten.
Demgegenüber zeichnen sich die Induzierten durch die außerordentlich hohe Plastizität und Beeinflußbarkeit aus. Sie passen sich leicht und gut an soziale Partner an und sind in ihrem Handeln mehr von augenblicklichen Strebungen als von überdauernden Motiven bestimmt. Heymanns (1929) spricht vom Typ des "amorphen Charakters".

Zu den besonderen Faktoren,unter deren Einfluß es zum Doppelselbstmord kommt, lassen sich Vermutungen anstellen, die von ausweglosser Notlage aufgrund von Krankheit oder wirtschaftlichen Schwierigkeiten, in denen sich ein Paar befindet, bis hin zur Perversion eines Partners richten. Das Schwergewicht in der Genese des Doppelsuicides kann sowohl in der Persönlichkeit als auch einer spezifischen Täter-Opfer-Beziehung liegen.

Häufig sind Doppelselbstmörder Liebespaare, die ein Hindernis, das ihrer Liebe im Wege steht, nicht überwinden können. Dieses Hindernis läßt sich als Anlaß jedoch nicht als Ursache des Geliebtenselbstmordes ansehen. Die eigentliche Ursache sind nicht Hindernisse äußerer Art, sie bilden den Anlaß und wohl in den Augen des Paares den Grund zur Tat. Vielmehr sind es die inneren Barrieren, die eine volle rückhaltlose Hingabe und Befriedigung in der Begegnung mit dem anderen verhindern. Der Doppelselbstmord kann so als ein Versuch angesehen werden, eine totale, restlose Vereinigung - die man im Leben nicht verwirklichen konnte - im gemeinsamen Tod zu erlangen."Der Doppelselbstmord aus Liebe wird dann gewissermaßen zu einem gemeinsamen Bilanzselbstmord, wobei jedoch die Beurteilung der Bilanz stark beeinflußt wird durch das, was Wernicke die 'überwertige Idee Liebe' genannt haben würde." (Ghysbrecht, 1967, S.21.)

Diese Doppelsuicide nennt man aggressiven bzw. wenn ein Dritter aggressiv durch die Tat getroffen werden soll, transaggressionellen Selbstmord. Rasch (1969) deutet mit seiner Umschreibung "Hinwendung zum Ersatzopfer" die auf einen faktisch nicht anwesenden Dritten gerichteten Aggression an, die beim erweiterten Suicid am Opfer (Kind) abreagiert werden kann. So ist es auch möglich, daß ein Partner beim Doppelsuicid Opfer der gegen einen Dritten gewandten Aggression wird.
Die Induktion zum Doppelsuicid - sofern sie rekonstruierbar ist - entspringt u.U. einer versteckten Aggression gegen den direkt beteiligten anderen.

Die geäußerte Motivation, an welche die Täter oft selbst glauben, mag eine wichtige psychologische Variable sein, ohne welche eine Tat vielleicht gar nicht möglich wäre. Eine psychologische und gegebenenfalls psychopathologische Analyse der Vorgeschichte und der Tat führen oft zu einem Bild der Tat, der Motivation und des Täters, welches ihm selbst unbekannte neurotische oder psychopathologische Handlungsimpulse offenbart.

Ebensowie beim Einzelsuicid ist das Mißglücken des Doppelsuicides kein zufälliges Ereignis. Wenn der Induzierte der Täter ist, so kann es sein, daß mit der Ausführung der Tat am Induktor dessen suggestive Macht über den induzierten Täter erlischt und dieser aus einem eigenen Antrieb, den er nicht hat, die Selbsttötung nicht vollziehen kann. Zu einem solchen Mißlingen der geplanten Tat kann es natürlich nur bei nicht gleichzeitigen Tötungsarten kommen. Wenn der Induktor der Tatausführende ist, so kann es bei aggressiver Bindung an den Induzierten zu einer so weitgehenden Abreaktion der gegen diese gerichteten aggressiven Impulsen kommen, daß die notwendige Energie für eine Selbsttötung des Induktors fehlt und die Selbsttötung unterbleibt.

Der "Wirklichkeitsgehalt" solcher Erwägungen läßt sich nur im Einzelfall an der konkreten Persönlichkeitsstruktur des Täters und der interpersonellen Dynamik des Paares überprüfen.

4. Tätergruppen

In der wissenschaftlichen Literatur finden sich vor allem kasuistische Beschäftigungen mit erweiteren und Doppelsuiciden. Darüberhinaus werden in einigen Beiträgen kleinere Stichproben beschrieben:

Popella	N = 16	15 weibl.	1 männl.	Täter	(überwiegend reaktiv Depressive)
Schrappe	N = 2	2 weibl.		"	(endogen Depressive)
Schipowenski	N = 5	3 weibl.	2 männl.	"	(depress.Psychopathen,angstparanoide Melancholie)
Witter	N = 4	3 weibl.	2 männl.	"	(reaktiv Depressive)
Rasch	N = 49	21 weibl.	28 männl.	"	(Männer töten hauptsächlich Intimpartner, Frauen öfter ihre Kinder, wenige gewaltsame Methoden als Männer)
Trube-Becker	N = 17	15 weibl.	2 männl.	"	(5 Schizophrene, 1 Schwachsinnige, sonst Durchschnitt)
Spangenberg					
Klages	N = 1	1 weibl.			(neurotisch depressi infantil retardiert
Scheib	N = 2	1 weibl.	1 männl.		(Doppelselbstmord) einseitig fehlgeschl
Schwyz	N = 2	1 weibl.	1 männl.		(Doppelselbstmord) gelungen

5. Tathergang

Die Methoden, mit welchen Selbstmordhandlungen durchgeführt werden, lassen sich grob in harte: Erschießen, Erhängen, Sturz aus dem Fenster usw. und weiche: Schlafmittelvergiftung, CO-Vergiftung, Ertrinken usw. einteilen.

Für den Einzelsuicid wird relativ übereinstimmend in der Literatur berichtet, daß Männer harte, Frauen weiche Methoden bevorzugen. Der vollendete Selbstmord wird häufiger mit harten Methoden verübt, wohingegen beim Selbstmordversuch die weichen Methoden überwiegen. Ebenso zeigen Selbstmörder in bestimmten Krankheitssituationen z.B. beim akuten paranoischen Syndrom eine Bevorzugung harter Methoden.

Für den erweiterten Suicid läßt sich wie für den Einzelsuicid sichern, daß Frauen bei der Selbst- und Fremdtötung "weniger gewaltsame Methoden anwenden als männliche Täter (Rasch, 1969, S.128). Es werden zwar Ausnahmen von dieser Tendenz beschrieben, aber die überwiegende Anzahl der Fälle entspricht diesem "Trend".

Der Ort der Tötungshandlung ist beim Einzelsuicid häufig die eigene Wohnung, allerdings wird beim gelungenen Suicid häufiger (29%) die gewohnte Umgebung verlassen.
Beim erweiterten Suicid ergeben sich Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Tätern: Frauen töten häufiger in der Wohnung, in der sie mit dem Opfer gemeinsam gelebt haben, als Männer (Rasch, 1969).
Für den Doppelselbstmord existieren keine deskriptiven Daten über eine größere Anzahl von Fällen. Aus der Kasuistik läßt sich ersehen, daß der Ort der Tötungshandlung häufiger eine ungewohnte Umgebung ist.
Ein Zusammenhang zwischen Tötungsort und der Art der Beziehung zwischen den Tätern im Hinblick auf die damit verbundene Wohnsituation scheint zu bestehen: Verheiratete mit eigener gemeinsamer Wohnung vollbringen die Selbsttötung häufiger in dieser Umgebung als Täter - z.B. Jugendliche, die noch in ihrem

Elternhause leben, außereheliche Verhältnisse ohne gemeinsame Wohnung. Bei diesen Tätern ist der Tötungsort ein Hotelzimmer, ein Auto, ein Wald.

Die Dauer zwischen dem ersten Auftauchen der Selbstvernichtungsidee und ihrer Ausführung kann unterschiedlich sein: Pöldinger(1968) teilt die Gesamtzeitspanne in drei Stadien ein, die jeweils eine spezifische psychodynamische Richtung zeigen:
In der ersten Phase tauchen in einer subjektiv ausweglosen Situation Selbstmordgedanken in Form diffuser Todeswünsche und Phantasien auf.
Die zweite Phase ist durch Ambivalenz gekennzeichnet. Der Wille zu leben und der Wunsch zu sterben, konkurrieren miteinander. In dieser Zeit tauchen häufig Selbstmordankündigungen auf.
Die dritte Phase ist der Zeitpunkt, zu dem der Entschluß zum Selbstmord getroffen und konkrete Vorbereitungen vorgenommen werden. Die ambivalente Unruhe der zweiten Phase, der "innere Kampf",weicht mit dem Entschluß oft einer großen Ruhe.

Der Verlauf und die Dauer der einzelnen Stadien kann sehr unterschiedlich sein: Bei Kurzschlußhandlungen können sie so schnell ablaufen, daß es erscheint, als sei die gesamte Psychodynamik vom Auftauchen der Idee bis zur Tat gleichsinnig gerichtet. Diese Kurzschlußhandlungen werden häufig berichtet bei unter Alkohol stehenden Tätern, bei solchen mit akuten psychotischen Schüben und bei infantilen explosiven Tätern. Ein kurzes Durchlaufen der Stadien von einer Stunde bis zu einem Tag wird auch mit 50% für Selbstmordversuche angegeben (Linden, 1972).

Von einer langsamen Entwicklung, besonders in der zweiten Phase wird bei neurotischen und endogen Depressiven berichtet. die lang anhaltende Entschlußlosigkeit wird bei diesen psychischen Störungen als pathognomonisch angesehen.

Überträgt man dieses zeitliche Raster auf den erweiterten Suicid, so legt die sehr geringe Anzahl ausreichend gut belegter

Fälle die Vermutung nahe, daß diese typischen Phasen wie auch der für die verschiedenen Persönlichkeiten unterschiedliche Zeitablauf beim erweiterten Suicid ganz analog vorkommen.
Diese Analogie bezieht sich lediglich auf die Selbstvernichtungstendenz. Die Mitnahmetendenz kann während der gesamten suicidalen Entwicklung von der ersten Phase bis zur Tat vorhanden sein, aber auch erst im Augenblick der Tat erscheinen. Die zu geringe Anzahl gut belegter Fälle läßt genauere Untersuchungen dieses Sachverhaltes nicht zu.

Beim Doppelsuicid ist durch die vor der Tat erforderliche Kommunikation zwischen den beiden Partnern ein sofortiges Umsetzen des Gedankens in die Tat eher unwahrscheinlich. Überwiegend befinden sich die Paare in einem längeren Motivstreit. Bei Doppelselbstmördern finden wir häufiger einen Selbstmord vom Typ des Bilanzselbstmordes.

III. Eigene Untersuchung

1. Methodische Gesichtspunkte

Zur Auswahl der vorliegenden Stichprobe führte zu folgenden Überlegungen:
Eine zusammenfassende Statistik über erweiterten Suicid und Doppelselbstmord existiert weder auf Länder- noch auf Bundesebene. Auch im Polizeipräsidium der Stadt Düsseldorf ist diese Selbstmord- bzw. Mordart nicht gesondert registriert, so daß über Häufigkeit und Verteilung in der Population praktisch keine Daten vorhanden sind.

Angesichts dieser Situation erscheint die Möglichkeit, die Stichprobe aus dem im Institut für Rechtsmedizin der Universität Düsseldorf sezierten Gesamt zu gewinnen, ein praktikabler Weg, der allerdings mit dem Nachteil behaftet ist, keinen Anspruch auf Vollständigkeit zu haben.

Aus den sogenannten"Leicheingangsbüchern" des Instituts für Rechtsmedizin, die für die Zeit von 1946 bis 1978 durchgemustert wurden, ließen sich alle Doppel- und erweiterten Suicide ersehen, deren Opfer gleichnamig waren und alle an diesem Institut seziert wurden. Darüberhinaus fanden sich einige Paare ungleichen Namens, die durch übereinstimmende Todes-Zeit/Ort/Art auffielen. Aus den Sektionsprotokollen wurde dann in der Rubrik "Vorgeschichte" recherchiert, ob hier ein Doppel- oder ein Einzelselbstmord vorlag. Hier ist anzumerken, daß bis Ende der 50er Jahre die Bezeichnung Doppelselbstmord in den Protokollen nicht auftaucht. Der Doppelselbstmord wird als Mord und Selbstmord angeführt.
Unvollendet gebliebene Doppel- und erweiterte Suicide ließen sich mit diesem Selektionsmodus nicht erfassen. Ebenso unerkannt blieben jene Fälle, in denen nur ein Opfer einer vollendeten Tat im hiesigen Institut für Rechtsmedizin seziert wurde.

Frau Prof. Dr. Trube-Becker hat über drei Jehrzehnte hinweg Fälle von Doppelsuicid und erweiterten Suicid gesammelt, unabhängig davon, ob sämtliche Opfer im hiesigen Institut seziert wurden.
Ein Vergleich, der lediglich aus den Leicheingangsbüchern gewonnenen Fälle mit den von Frau Prof. Dr. Trube-Becker gesammelten, zeigte die Mängel der oben beschriebenen Auswahlmethode, die zu wesentlichen Lücken in der Untersuchung geführt hätte, wenn nicht die erwähnte Sammlung von Fällen zur Verfügung gestellt worden wäre.

Eine Aufarbeitung von Variablen, die über Alter, Geschlecht, Todesart usw. hinausging, erwies sich als sehr schwierig. Oft war sie aufgrund der völlig unzureichenden Datenbasis gar nicht möglich: In vielen Fällen war aus den Sektionsprotokollen nichts über die jeweilige Vorgeschichte zu erfahren. Teilweise waren die Gerichtsakten, die in solchen Fällen

zu einer gewissen Erhellung hätten führen können, infolge Verjährung vernichtet. In solchen Fällen wurden nur die bekannten Daten aufgenommen, so wichtige Variable wie z.B. Motivation blieben unvollständig oder fehlten ganz.

Bei einer weiteren Reihe von Fällen konnte nicht eindeutig festgestellt werden, ob es sich um Mord, erweiterten Sucid, Doppelselbstmord oder Unfall handelte. Dies war bei einer Reihe von Fällen, dere Opfer Erwachsene waren, keinerlei Anzeichen wie Anschiedsbriefe, Vorgeschichte usw. für oder gegen einen Doppelselbstmord sprachen, der Fall. Im Hinblick auf die quantitative Erfassung der Gesamtstichprobe wurden diese Fälle überwiegend der Kategorie Doppelselbstmord zugeordnet.

Die folgende Auflistung aller Fälle mit Vorgeschichte, Tathergang, Motivation - soweit feststellbar - bildet die Grundlage für die quantitative Erfassung.

In der nachstehenden Tabelle bedeuten:

lf.Nr. : Laufende Nummer der untersuchten Stichprobe

Sekt.Nr. : Nummer der Sektion bzw. des Sektionsprotokolles

Alter :

Quelle : T - Aufzeichnung von Frau Prof.Dr.Trube-Becker
S - Sektionsprotokolle
G - Gerichtsakten

m/w : männlich/weiblich

Täter : n.bekannt - nicht bekannt
KM - Kindsmutter
KV - Kindsvater

Vollendet : +

Unvollendet: -

2. Auflistung aller Fälle

Jahres-zahl	lf. Nr.	Sekt. Nr.	Alter	Quelle	M/w	Täter	Vollendet/ unvollendet	Tathergang
1949	1	132	1 Mon	T	w	KM Hausfrau Arbeit.	+ § 51,1	schlug Kind auf Küchentisch (Schädelfraktur) sprang dann mit dem Kind in den Rhein (Mutter Rettungs-schwimmerin) wurde gerettet. Kind tot
1951	2	29	38	S	w	n.bek.		
	3	30	50	S	m	n.bek.	+	CO_2-Vergiftung, Motiv unbekannt
	4	73	31	S	w	n.bek.		
	5	74	67		m	n.bek.	+	Barbitursäure, Luminal, Arsen
1952	6	16	64	S/G	m	Ehefrau Hausfrau	+ § 51	wurde von Ehefrau erstochen, danach nahm die Täterin in suicidaler A bsicht Schlaftabletten und öffnete den Gashahn. Wurde gerettet. Aus dem Abschiedsbrief geht als Motiv f.d.Tat fortgesetzte Garusamkeiten d.Ehemannes gegen sie hervor (die 1.Ehefrau des Mannes beging ebenfalls Selbstmord)
1953	7	95	68	S	w	n.bek.		CO Vergiftung
	8	96	41		w			(Tochter Epilepsie)
	9	97			m			Tathergang und Motiv nicht bekannt

Jahres-zahl	lf. Nr.	Sekt. Nr.	Alter	Quelle	m/w	Täter	Vollendet/ unvollendet	Tathergang
1953	10	9	26	S	w	n.bek.		CO-Vergiftung
	11	10	22		m			CO-Vergiftung, Motiv nicht bek.
	12	164	62	S	m	n.bek.		Veronal, Motiv: angebl."Haus-streitigkeiten
	13	165	54		w			
1954	14	71	24	S	w	n.bek.		CO-Vergiftung, Motiv nicht bek.
	15	70	24		m	beide?	+	
	16	170	29	S	w	n.bek.	+	Tod durch Ertrinken
	17	172	51		m	beide?		Motiv: Verschuldung, wohnungs-los
	18	204		S	w	n.bek.	+	Schlafmittelvergiftung
	19	205	56		w	beide?		Mutter/Tochter, Motiv: Verhaf-tung d.Ehemannes d.Tochter
	20	312	49	S	w	n.bek.		CO-Vergiftung, Motiv: nicht bek.
	21	313	48		m	beide?		
1955	22	31	67	S	w	n.bek.	+	CO-Vergiftung, Motiv: wirt-schaftliche Not
	23	32	80		m	beide?		
	24	405	24	S/T	w	KM		CO-Vergiftung, Motiv: Familien-schwierigkeiten am Nachmittag des Tattages (14^{00}) kleine - nach Aussagen des Ehemannes - Ausein-andersetzung, in der die Täterin andeutete, sie würde sich vor ein
	25	406	3		m			

Jahres-zahl	lf. Nr.	Sekt. Nr.	Alter	Quelle	m/w	Täter	vollendet/ unvollendet	Tathergang
								Auto werfen. Sie soll in der letzten Zeit vor der Tat sehr nervös gewesen sein (mens grav 3-4!)
1956	26	71	50	S	m	n.bek.	+	Erhängen
	27	72	62	S	w			Motiv: Depression infolge Krankheit
	28	93	75	S	m	n.bek.	+	CO-Vergiftung (Unglücksfall?)
	29	94	72		w			
	30	221	42	S	w	n.bek.	+	CO-Vergiftung, möglicherweise Unglücksfall.
	31	222	45	S	m			
	32	413	64	S	w		+	CO-Vergiftung auf Verlangen angebl. Krankheit
	33	414	72		m			
	34	95	39	S/T	w	KM		CO-Vergiftung, Motiv:Eheschwierigkeiten Ehemann (Ingenieur) war Trinker. Ehemann behauptet einen Unglücksfall. Nachdem er in der Tatnacht bis 3^{15} in verschiedenen Wirtschaften gewesen war, fand er bei der Heimkehr die Wohnungstüre verschlossen, legte sich im Keller schlafen, erwachte um 9^{15}. Die Familie war um 5^{30} tot aufgefunden worden.
	35	96	9					
	36	97	2					

Jahres-zahl	lf. Nr.	Sekt. Nr.	Alter	Quelle	m/w	Täter	vollendet/ unvollendet	Tathergang
1956	37	33	3;2	T	m	KV	+	CO-Vergiftung. Der verstorbene KV war 3 Monate vor seinem Tod von einem Pkw angefahren worden. Er erlitt eine Gehirnerschütterung und einen Schädelbasisbruch. In den ersten Tagen der Behandlung klagte der KV über Kopfschmerzen. Als diese Beschwerden nachließen wurde er entlassen. Nach einem Monat traten wieder Kopfschmerzen, Ohrensausen und Taubheit auf. Erneute Krankenhausbehandlung brachte keine Besserung. Die Tat des KV könnte in einem Zusammenhang mit diesem Schädel-Hirntrauma stehen.
	38	34	2;2		m			
	39	35	1;2		m			
	40	32	29		m			
1957	41	75	42	S	w	Ehefrau	+	CO-Vergiftung. Selbstmord und Mord. Motiv: Ehezerrüttung
	42	76	44		m			
	43	248	41	S	m	n.bek.	+	CO-Vergiftung. Motiv: wirtschaftliche Schwierigkeiten
	44	249	38		w			
	45	484	34	S/T	w	KM	+	CO-Vergiftung. Motiv: Ehezerrüttung, vor der Tat tätl.Auseinandersetzung d. Eheleute. Ehemann hatte Verhältnis mit einer jungen Kollegin. Nachdem er - wie desöfteren in der letzten Zeit - mit seiner Frau gestritten hatte u. diese auch geschlagen hatte, ging er mit der jungen Kollegin aus. Die Ehefrau soll angeblich eifersüchtig, stolz und nachtragend gewesen sein.
	46	485	7		w			
	47	486	3		w			

Jahres-zahl	lf. Nr.	Sekt. Nr.	Alter	Quelle	m/w	Täter	vollendet/ unvollendet	Tathergang
1957	48	388	41	S	m	n.bek.	+	CO-Vergiftung. Motiv: Verschuldung, Depression
	49	389	51		w	n.bek.		" : Depression
1963	50	508	7	S/T	m	KV	-	Erdrosselt vom Vater, anschließend mißlungener Suicid der Eltern (Schlafmittelintox.). Zuvor hatte der Vater den Kindern Schlaftabletten gegeben, deren Wirkung nicht erheblich war. Das Motiv zu der Tat scheint wirtschaftliche Not: häufiger Wechsel der Arbeitsstelle, erhebliche Verschuldung, unfähig seinen finanziellen Verpflichtungen aus drei früheren Ehen nachzukommen, gewesen zu sein. Die Mutter der Kinder, von ihrem Mann abhängig, tat alles, was dieser von ihr verlangte. (Zur Tatzeit mens. grav IV). Urteil: Vater 8 Jahre Z; Mutter 4 Jahre G.
	51	509	3		w			
1963	52	307	20	S	w	n.bek.	+	Blausäurevergiftung, das Paar wurde in einem Auto gefunden. Der Mann, ein Chemiker hatte ein Liebesverhältnis mit der jungen Frau.
	53	308	51		m			
1964	54	462		S/T/G	m	selbst	-	Schlafmittelvergiftung, Unterkühlung. A.hatte mit einer 15-jährigen Freundin seit längerem Mordabsichten. Der aktuelle Anlaß zur Tat war die Aufdeckung eines Diebstahles von Klassenbüchern durch den Mathematiklehrer und den Vater des Jungen. Das Mädchen ging mit ihm in den Wald, nahm ebenfalls Schlaftabletten, wurde jedoch nach Tagen - völlig verstört - aufgefunden. Bei beiden - auch dem toten Freund - war der 5. Finger abgebunden.

Jahres-zahl	lf. Nr.	Sekt. Nr.	Alter	Quelle	m/w	Täter	vollendet/ unvollendet	Tathergang
1965	55	57	49	S/T/G	w	Ehemann		Schlafmittelintoxikation (Tochter) Schlafmittelintox. und Alkohol (Eltern) und CO-Vergiftung (alle 3) Frau m.grav VI Motiv: Verschuldung und drohende Zwangsräumung. Nachdem das Ehepaar trotz guten Verdienstes d. Mannes (fleißig, gewissenhafter Vorarbeiter) so verschuldet war, daß sie die infolge der Mietrückstände die Miete nicht mehr bezahlen konnten und die Wohnung räumen mußten, kam es zur Tat. Dieses Motiv geht eindeutig aus den Abschiedsbriefen hervor. An den letzten beiden Abenden vor der Tat hatte das Ehepaar Besuch von Familienangehörigen, die übereinstimmend nichts Auffallendes im Verhalten der Eheleute angeben. Auch die finanzielle Not war nicht bekannt. Eine Nacht vor der Tatnacht scheint es Streit zwischen den Eheleuten gegeben zu haben (weil Frau nicht wirtschaften kann). In den Abschiedsbriefen wird der Mietbuchhalter der Wohngesellschaft und der Gerichtsvollzieher - beide fanden die tote Familie am Morgen - als Schuldige an der Tat bezeichnet. Der Ehemann und Vater konnte zunächst gerettet werden, verübt dann aber im Gefängis Selbstmord durch Erhängen. Die Ehefrau soll seit 1955 Trinkerin gewesen sein.
	56	58	9		m	Vater		
1966	57	580	18	S	w	n.bek.	+	Barbitursäurevergiftung; wurde neben ihrem Freund im Wald tot aufgefunden. 2 Monate zuvor 1. mißlungener Selbstmordversuch. Motiv: nicht bekannt.
	58		20		m			

Jahres-zahl	lf. Nr.	Sekt. Nr.	Alter	Quelle	m/w	Täter	vollendet/ unvollendet	Tathergang
1968	59	87	6	S	w	Großmutter	+	Schlafmittelvergiftung, Verbluten Motiv: Depression der Großmutter. Das Enkelkind sollte ihr von den Eltern fortgenommen werden. Außerdem war ein Verhältnis zu ihrem Untermieter in der letzten Zeit deutlich abgekühlt.
	60		52		w			
1969	61	323	11	S/T	m	KM	-	CO-Vergiftung, eine 3-jährige Schwester und die KM konnten gerettet werden.Die KM soll Medikamenten und Alkohol abhängig gewesen sein und Tobsuchtsanfälle bekommen haben. Motiv: Familienschwierigkeiten.
	62	324	7		m			
1970	63	267	21	S/G	m	n.bek.	+	CO-Vergiftung. Motiv: ?
	64	268	16		w			
1971	65	582	35	T	w	KM	+	Sturz aus der 5.Etage, Kind im Arm. Das Kind hatte verkrüppeltes Bein. Angebl. bereits 3.Suicidversuch der KM (vor 10 Jahren 1.Versuch m. Schlaftabletten, vor einem Jahr 2.Versuch mit Alkohol, 3.Versuch - geglückt - Sprung aus dem Fenster. KM war gegen Depression in Behandlung.
	66	583	7 Wo.		w			

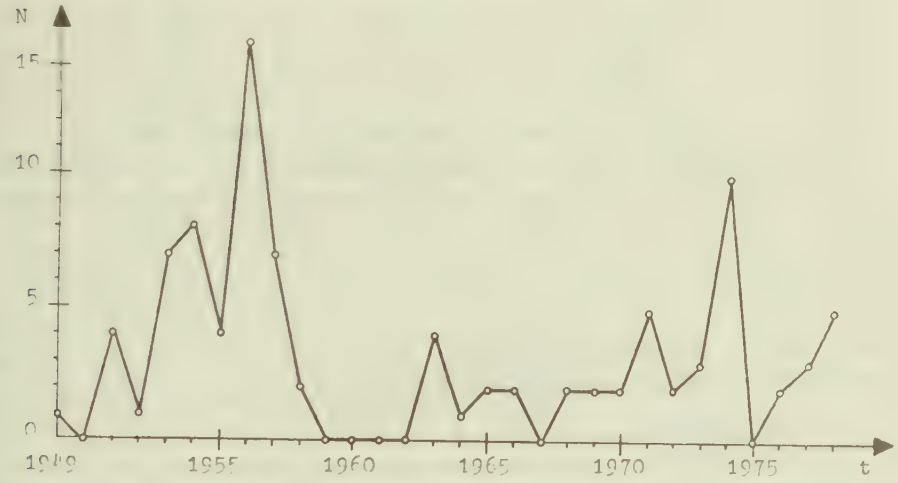
Jahres-zahl	lf. Nr.	Sekt. Nr.	Alter	Quelle	m/w	Täter	vollendet/ unvollendet	Tathergang
1971	67	790	63	S/G	m	Ehemann	+	Tod durch Erschießen mit einem Jagdgewehr. Die Eheleute waren seit Jahren depressiv durch den Tod ihrer beiden Kinder, die sie durch Unfall und Selbstmord verloren hatten. IN letzter Zeit scheinen noch zusätzliche Belastungen in Form finanzieller Sorgen hinzugetreten zu sein. Möglicherweise kein Doppelselbstmord (keine Abschiedsbriefe!) sondern erweiterter Suicid, oder Mord mit nachfolgendem Selbstmord.
	68	791	61		w			
	69	307	8	T	m	KM	+	Ertrunken im Rhein mit KM. Diese verließ am Tag der Tat mit dem kleinen Sohn das Haus, um Brötchen zu holen, sprang mit dem Kind in den Rhein. Das Kind konnte 1/2 Jahr später geborgen werden. Motiv: Eheschwierigkeiten (häufig Streit, u.a. auch in der Nacht vor der Tat) und Überforderung der KM (Haushalt, Kinder, Arbeiterin bei der Post 18^{00} bis 23^{00}, Aushilfe in der Glaserei des Ehemannes).
1972	70	179	21	S	w	Ehemann?	+	CO-Vergiftung. Leichen wurden im Badezimmer - bei laufendem heißen Wasser (Gasboiler) gefunden. Möglicherweise Unfall. Ehefrau mens.grav VI Mögliches Motiv: Ehemann sollte wegen Vorstrafen aus der BRD ausgewiesen werden. (Nationalität: Jugoslawe)
	71	180	24		m	beide? Unfall?		

Jahres-zahl	lf. Nr.	Sekt. Nr.	Alter	Quelle	m/w	Täter	vollendet/ unvollendet	Tathergang
1977	87	438	34	T/G	w	Freund	+	Frau: erdrosselt durch Freund, Freund: erstickt infolge Erhängens. Der Täter, der in Scheidung lebte, hatte mit der getöteten Frau ein längeres Verhältnis, welches die Frau lösen wollte. Bereits vor Monaten war es zu Tätlichkeiten gekommen. Die Frau hatte Anzeige erstattet, der Mann war festgenommen worden und auf seinen Geisteszustand untersucht worden. Nach seiner Entlassung hatte er entgegen richterlichen Auflagen versucht, wieder mit der Frau Kontakt aufzunehmen, den diese aber ablehnte. Möglicherweise kein erweiterter Suicid,sondern Mord mit nachfolgendem Selbstmord.
	88	431	30		m			
	89	72	16	S	m	n.bek.	-	Tod durch Schlafmittelintoxikation Der Tote hatte ein Liebesverhältnis mit seiner Lehrerin am Gymnasium. Beide wollten gemeinsam aus dem Leben gehen. Die Lehrerin war verheiratet. Während die Frau gerettet werden konnte, starb ihr Geliebter.
1978	90	316	26	S	w	KM	+	CO-Vergiftung im Auto mit allen 4 Kindern. Vor 4 Jahren hatte die KM bereits einen Einzelsuicid versucht. Einige Monate vor der Tat äußerte sie, bei der Wiederholung nehme sie die Kinder mit. Kurz vor der Tat besuchte sie mit allen Kindern ihre Mutter, welcher im Verhalten der KM nichts auffiel. Motiv: wahrscheinlich Eheschwierigkeiten und finanzielle Schwierigkeiten.
	91	317	10		m			
	92	318	8		m			
	93	319	4		m			
	94	320	6		w			

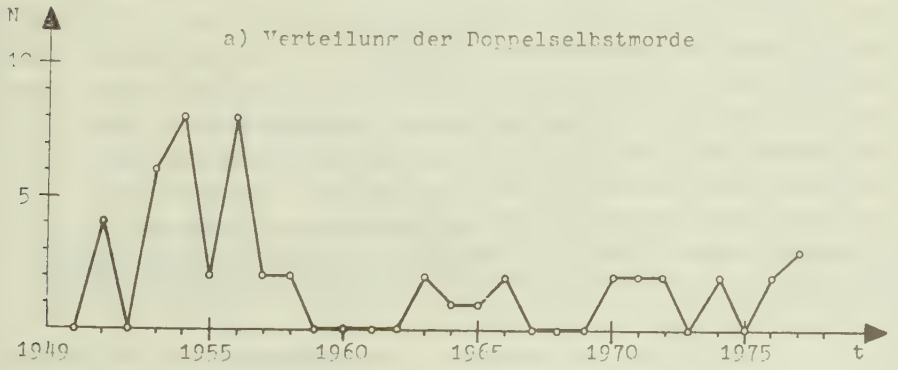
3. Ergebnisse

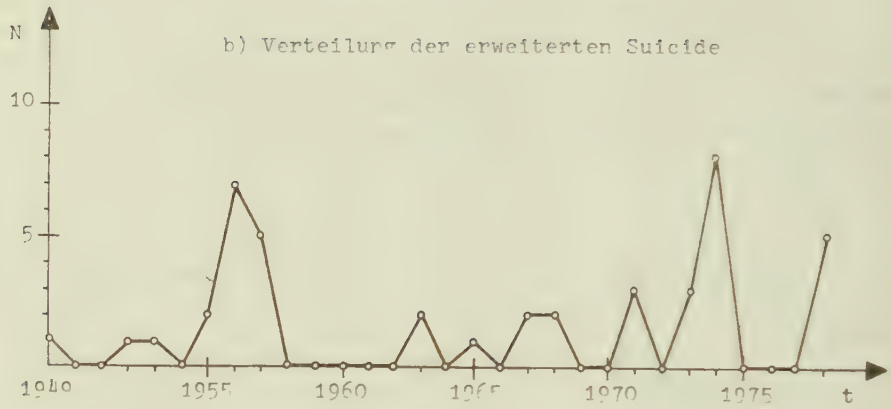
a) Verteilung pro Jahr

Die untersuchten Fälle liegen in einer Zeitspanne von 30 Jahren (1949 bis 1978). Die Verteilung auf die einzelnen Jahre läßt sich aus folgendem Diagramm ablesen:



Teilt man das Gesamt aller Fälle in Doppelselbstmorde und Mitnahmeselbstmorde, so ergeben sich für Doppelselbstmorde (a) und erweiterte Suicide (b) nachstehende Diagramme:





b) Prozentualer Anteil pro Zeitintervall

Teilt man die Gesamtzeit in drei Zeitintervalle ein, so ergibt sich folgende prozentuale Verteilung:

I.	1949 bis 1959	N = 49	= 53,26%
II.	1960 bis 1969	N = 13	= 14,13%
III.	1970 bis 1978	N = 30	= 32,61%

Die Häufung von über 50% im ersten Zeitabschnitt, das starke Absinken und das erneute Ansteigen der Fälle auf 32% fallen auf.

Ob in den Jahren 1949 bis 1959 das Einzugsgebiet des gerichtsmedizinischen Institutes größer war, also ein systematischer Fehler zu dem Ergebnis geführt hat oder ob in der betreffeden Zeit tatsächlich der Anteil an Doppel- und erweiterten Suiciden größer war, läßt sich nicht entscheiden. Es muß auch an die Möglichkeit gedacht werden, daß die Auswahlmethode und Zuordnung unklarer Fälle eine Erklärung bieten. Aufgrund dieser Unklarheit verbietet sich eine weitere Interpretation.

c) Prozentualer Anteil der Doppelselbstmorde und Mitnahmeselbstmorde pro Zeitintervall

Bezieht man die jeweiligen Doppelselbstmorde und erweiterten Suicide auf das jeweilige Gesamt eines Zeitintervalls, so resultiert folgende Verteilung:

Verteilung:	Doppelselbstmord	Mitnahmeselbstmord
1949 bis 1959	N = 18 = 69,23%	N = 8 = 30,77%
1960 bis 1969	N = 4 = 50%	N = 4 = 50%
1970 bis 1978	N = 6 = 46,15%	N = 7 = 53,85%

Bezogen auf die Gesamtzahl aller Fälle macht der Anteil der Doppelselbstmorde 59,57%, derjenige der Mitnahmeselbstmorde 40,43% aus.

Das Überwiegen der Doppelselbstmorde beruht auf einer Häufung der Doppelselbstmorde im ersten Zeitintervall:

1949 bis 1959 64,29% aller Doppelselbstmorde
1960 bos 1969 14,29% aller Doppelselbstmorde
1970 bis 1978 21,42% aller Doppelselbstmorde

d) Prozentuale Verteilung der Mitnahmeselbstmorde

Auch für die Mitnahmeselbstmorde liegt der Häufigkeitsgipfel im ersten Zeitintervall - allerdings mit einem so geringen Abstand zu den anderen Zeitintervallen, daß dieser Häufigkeitsunterschied im Zufallsbereich liegen dürfte: Die Verteilung der Mitnahmeselbstmorde ist demnach gleichbleibend:

1949 bis 1959 42,11% aller Mitnahmeselbstmorde
1960 bis 1969 21,05% aller Mitnahmeselbstmorde
1970 bis 1978 36,84% aller Mitnahmeselbstmorde

e) Prozentualer Anteil der Erwachsenen und Kinder

1) bezogen auf die Gesamtstichprobe
2) bezogen auf die Gesamt-N pro Zeitintervall

1) Bezogen auf die Gesamtzahl der Fälle mach der Anteil der Erwachsenen (N = 64) 30,43% aus.

2) Für die einzelnen Zeitintervalle stellt sich dieses Verhältnis wie folgt dar:

	Erwachsene	Kinder
1949 bis 1959	80,17%	19,83%
1960 bis 1969	54,84%	46,16%
1970 bis 1978	56,66%	43,34%

Während im zweiten und dritten Abschnitt das prozentuale Verhältnis von Erwachsenen zu Kindern relativ ausgeglichen ist, fällt im ersten Abschnitt das deutliche Überwiegen der Erwachsenen auf. Auf dem Hintergrund des unter c) referierten Häufigkeitsgipfels der Doppelselbstmorde im ersten Zeitintervall erklärt sich dieser hohe prozentuale Anteil der Erwachsenen im gleichen Zeitraum, da die Opfer von Doppelselbstmorden Erwachsene sind.

f) Aufteilung in männliche und weibliche Erwachsene und Kinder

Bezogen auf die Gesamtzahl der Fälle ist die prozentuale Verteilung männlicher/weiblicher Erwachsener/Kinder wie folgt:

	männlich	weiblich
Erwachsene	43,75%	56,25%
Kinder	50%	50%

Das leichte Überwiegen weiblicher Erwachsener gegenüber männlichen dürfte darauf zurückzuführen sein, daß weibliche Personen zwar bei Doppelselbstmorden ungefähr den männlichen quantitativ entsprechen, aber bei Mitnahmeselbstmorden diese bei weitem überwiegen. Das identische Verhältnis von weiblichen Kindern zu männlichen Kindern widerspricht der von Rasch (1969) aufgestellten und verifizierten These, Frauen töteten vorwiegend männliche Kinder. Vielmehr spricht dieses Ergebnis für eine vom Geschlechtdes Kindes weitgehend unabhängige Auswahl bei Mitnahmeselbstmorden.

g) Altersverteilung der Erwachsenen
und Kinder pro Zeitintervall

	Erwachsene	männl.	weibl.	
1949 bis 1959	48,55	51,94	45,77	Durchschnittsalter in Jahren
1960 bis 1969	32,29	29,00	34,75	" " "
1970 bis 1978	30,53	27,17	25,78	" " "

	Kinder	männl.	weibl.
1949 bis 1959	3,42	2,32	4,78
1960 bis 1969	7,17	8,33	6,00
1970 bis 1978	5,03	6,17	4,06

Das für die Gesamtzeit ermittelte Durchschnittsalter war für

Erwachsene 41,98 Jahre (Frauen 38,28/ Männer 44,57)
Kinder 4,97 Jahre (weibl. 4,68/ männl. 5,26)

Es zeigt sich, daß das Durchschnittsalter der Erwachsenen sich zu den jüngeren Altersgruppen verschiebt. Dieses Ergebnis muß im Zusammenhang mit der Häufung von Doppelselbstmorden im ersten Zeitintervall gesehen werden. Vergleicht man die Altersverteilung nur der Doppelselbstmörder, so zeigt sich auch hier eine Abnahme des Durchschnittsalters. Als Interpretation dieses prägnanten Verlaufes lassen sich Vermutungen anstellen, da bei den Doppelselbstmorden in diesem Intervall die Daten besonders lückenhaft sind. Oft ist nichts zur Motivation bekannt.Auffallend ist jedoch, daß das Motiv wirtschaftliche Not in diesem Intervall häufiger auftaucht, während es im Laufe der Zeit fast völlig verschwindet. Das Ergebnis läßt allerdings auch an die soziologische Selbstmordtheorie Durkheims denken. Das Zerbrechen alter Ordnungen und Wertvorstellungen, das mit dem Ende des Dritten Reiches und der dadurch bedingten gesellschaftlichen Veränderung zusammenhing, mag die Menschen höheren Alters besonders in eine - zumindest subjektiv - ausweglose Lage gebracht haben.

h) Durchschnittsalter bei Doppelselbstmorden

Das durchschnittliche Alter bei Doppelselbstmorden war 45,14 Jahre, wobei dieser Mittelwert eine Standardabweichung von s = 18,77 entspricht, die Variation des Alters also außerordentlich hoch ist.

i) Durchschnittsalter der an erweiterten Suiciden beteiligten Erwachsenen

Das Durchschnittsalter der an erweiterten Suiciden beteiligten Erwachsenen betrug 34,81 Jahre mit einer Standardabweichung von 11,23. Es wurden bei diesem Mittelwert nur die Erwachsenen berücksichtigt, um den Wert mit dem Durchschnittsalter bei Doppelsuiciden vergleichen zu können. (Das Durchschnittsalter der bei erweiterten Suiciden getöteten Kinder wurde unter Punkt 5. berichtet.)
Vergleicht man das Durchschnittsalter der an Doppelselbstmorden mit an erweiterten Selbstmorden beteiligten Erwachsenen mit dem t-Test, so ergibt sich ein signifikanter Unterschied:

$$t = \frac{45,14 - 34,81}{18,82} \cdot \sqrt{\frac{28 \cdot 13}{28 + 13}} = 0,55 \sqrt{8,88}$$

$t = 1,64 \quad (FG = 28 + 13 - 2 = 39)$

k) Prozentualer Anteil der vollendeten Doppel- und erweiterten Suicide zu unvollendeten

Vollendet : 83,33%
unvollendet : 16,67%

An diesem hohen Anteil der vollendeten Taten, der alle beim Einzelsuicid genannten Zahlen bei weitem übertrifft, ließe sich wesentliches über die psychodynamische Verfassung der Täter zum Tatzeitpunkt aussagen, wenn als gesichert gelten könnte, daß das Zustandekommen dieser Zahlen nicht auf einem

methodischen Artefakt beruhen würde (Problematik der Selektionsmethode!). Da diese Bedingung nicht erfüllt ist, muß auf eine Interpretation dieser Zahlen verzichtet werden.

1) Tötungsart pro Zeitintervall

gem. = gemeinsam
n.gem.= nicht gemeinsam

	CO	Intoxik. Barb. E 605	Erhängen, ertrinken	Erschießen, würgen, erschlagen
1949 bis 1959	14 (gem)	3 (gem)	2 erhängen	1 erstechen (n.gem.)
1960 bis 1969	4 (gem)	11 (gem)		2 erdrosseln (n.gem.)
1970 bis 1979	9 (gem) 1 (n.gem)	6 (gem)	3 ertrunken (gem) 1 erhängen (n.gem.)	2 Sturz aus d. Fenster (gem.) 1 erwürgen (n.gem.)

Auffallend ist zunächst, daß in fast allen Fällen Selbsttötung und Fremdtötung mit der gleichen Tötungsart verübt wurden. Lediglich in einigen Fällen, in denen sogenannte harte Tötungsmethoden angewandt wurden, wurde Selbsttötung oder Selbsttötungsversuch unterschiedlicher Tötungsart vorgenommen als die Fremdtötung.
Beim Vergleich der weichen mit den harten Tötungsarten zeigt sich ein starkes Überwiegen der weichen. Innerhalb der weichen Methoden verschiebt sich der Häufigkeitsgipfel von CO -Vergiftung im ersten Zeitintervall zur Schlafmittelvergiftung im zweiten Zeitintervall, um dann wieder die häufigste Todesart im dritten Zeitintervall zu sein.

IV. Zusammenfassung

Inhalt und Ziel meiner Arbeit war, einen Beitrag zum erweiterten bzw. Doppelsuicid zu leisten. 94 einschlägige Fälle, die im Institut für Rechtsmedizin der Universität Düsseldorf in den Jahren von 1949 bis 1978 zur Untersuchung gelangten, wurden deskriptiv erfaßt und nach verschiedenen Merkmalen dargelegt. Dabei ist zu bemerken, daß die Differenzierung, ob ein erweiterter oder ein Doppelsuicid vorliegt, häufig nicht möglich ist.

Zur Verfügung standen in erster Linie die im Institut angefertigten Protokolle, polizeiliche Ermittlungsergebnisse sowie in einigen Fällen auch die Gerichtsakten. Aus diesen Unterlagen waren bestimmte soziologische und rechtsmedizinische Daten zu erfassen wie: Alter, Geschlecht, Familienstand, mögliche Tatmotivierung, Tötungsarten sowie die Stellung der Partner zueinander, die ausführlich beschrieben und statistisch dargestellt werden.

Es zeigt sich, daß sowohl beim erweiterten Suicid als auch beim Doppelsuicid weibliche Täter im Durchschnitt jünger sind als die männlichen. Im Hinblick auf den Familienstand ergibt sich, daß die Täter - weibliche wie männliche - überwiegend verheiratet sind.

Die Tötungsarten sind vor allem die sogenannten "weichen" Methoden wie CO-Vergiftung, Schlafmittelintoxikation u.a. Vergiftungen. Dabei zeigt sich, daß im ersten Zeitintervall in den Jahren 1949 bis 1959 ein Überwiegen der CO-Vergiftung, im zweiten Zeitintervall in den Jahren 1960 bis 1969 eine starke Zunahme der Schlafmittelvergiftungen, im dritten Intervall in den Jahren 1970 - 1978 ist die CO-Vergiftung wieder die häufigste Vergiftungsart.

Die Tatmotivierungen sind sehr unterschiedlich. Eine größere Anzahl von Fällen zeigt eine sogenannte "broken home" Situation, aus der heraus die Täter zu ihrer Tat motiviert wurden. Das Motiv "wirtschaftliche Not", welches im Zeitabschnitt von 1949 bis 1959 häufig auftaucht, verschwindet in den beiden folgenden Zeitabschnitten völlig.

Psychologische und psychiatrische Analysen der untersuchten Personengruppen sind aus verständlichen Gründen nicht möglich: Allenfalls haben sich aus der Vorgeschichte und den zur Verfügung stehenden Unterlagen Angaben zu Einzelfällen entnehmen lassen. Erörterungen hierzu hätten einen ausschließlich spekulativen Charakter.

Bemerkenswert ist, daß signifikante Unterschiede im Alter festzustellen sind und zwar sind die Täter bei Doppelsuiciden signifikant älter als die Täter bei erweiterten Suiciden. Ebenso zeigt sich bei erweiterten wie auch Doppelsuiciden unabhängig vom Geschlecht, daß das Alter der beteiligten erwachsenen Personen vom ersten Zeitabschnitt bis zum dritten Zeitabschnitt sich im Durchschnitt zu den jüngeren Altersgruppen verschiebt.

Bezogen auf die Gesamtzahl aller Fälle macht - soweit die Differenzierung überhaupt möglich - der Anteil an Doppelselbstmorden 59,5%, derjenige an erweiterten Suiciden 40,5% aus.

Bei der rechtsmedizinischen Begutachtung ergibt sich häufig die Schwierigkeit bzw. Unmöglichkeit, zu entscheiden, ob ein erweiterter oder Doppelsuicid oder eine Tötung mit nachfolgender Selbsttötung vorliegt.

Eine Hinzuziehung von Fachleuten wie Rechtsmediziner, Psychiater, Psychologen aber auch vom Hausarzt der Familie bei der Ermittlung in derartigen Fällen könnte helfen, diesen Schwierigkeiten zu begegnen.

L I T E R A T U R

Améry, J.: Hand an sich legen - Diskurs über den Freitod. Stuttgart (1976)

Bauer et al.: Psychiatrie. Stuttgart (1973)

Bleuler M.: Forschungen und Begriffswandlungen in der Schizophrenielehre 1941 - 1950. Fortsch. Neurol. Psychiat. 19,(1951)

Braun, Ch .: Selbstmord (1971)

Bürger-Prinz,H.: Schizophrenie und Mord. Mschr.Krim. 30, 28 (1939)

Motiv und Motivation. Hamburg (1950)

Durkheim E.: Der Selbstmord (1987)
Deutsche Übersetzung Neuwied (1973)

Freud, S.: Zur Einleitung der Selbstmorddiskussion. Ges.Werke Bd. VIII (1910)

Trauer und Melancholie. Ges.Werke Bd.X (1917)

Jenseits des Lustprinzips. Ges.Werke Bd.XIII (1920)

Gaupp, R.: Über den Selbstmord. München (1905)

Ghysbrecht, P.:Der Doppelselbstmord. München (1967)

Gruhle, H.W.: Der Selbstmord. Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten, Halle (1952)

Haynal,A.: Über Depression, Langeweile und Gewaltsamkeit. Jb. Psychoanal. 9 (1976)

Heymanns, G.: Inleidung tot de speciale Psychologie. Haarlem, (1929)

Hippius H.-Selbach H.: Das depressive Syndrom. München (1969)

Hippius H. u. P. Braun : Vorwort zum Themenheft "Suicidalität" Münch. med. Wsch. 117 (1975)

Hoffmann, N.(Hrsg.): Depressives Verhalten. Salzburg (1976)

Jacobi, E.: Zur Psychopathologie des Familienmordes. Arch. Psychiat. Nervenkr., Bd. 83 (1928)

Klages, W.u.I.: Neurotische Entwicklung und erweiterter Selbstmordversuch. Intern Prax.1 (1968)

Kretschmer, E.: Der sensitive Beziehungswahn. Berlin (1950)

Medizinische Psychologie, Stuttgart (1963)

Kielholz, P.(Hrsg.): Depressive Zustände. Bern (1972)

Lange, E.: Dem mißglückten erweiterten Suicid ähnliche Deliktsituationen und ihre kriminal-psychologische und forensich-psychiatrische Beurteilung. Fbl. Neurol. 173,(1963;

Der mißlungene erweiterte Suicid. Jena (1964)

Linden, K.J.: Der Suicidversuch. Stuttgart (1969);

Struktur der Selbstmordhandlung. Therapiewoche 22 (1972)

Matussek, P.: Endogene Depressionen. München-Berlin (1965)

Popella, E.: Über den erweiterten Suicid. Arch.Psychiat. Nervenkr., 205 (1964)

Pöldinger, W.: Die Abschätzung der Suicidalität. Bern-Stuttgart (1968)

Lebenslauf

Am 14.4.1949 wurde ich als Tochter des Ingenieurs Christian Hülsmeyer und seiner Frau Hilde Hülsmeyer, geborene Schneider, in Düsseldorf geboren. Von 1955-59 besuchte ich die Grundschule in Düsseldorf, von 1959-1967 ein neusprachliches Mädchengymnasium in Düsseldorf, wo ich am 6.7.67 das Abitur bestand. Von 1967 bis 1972 studierte ich an den Universitäten Mainz und Bonn Psychologie und schloß dieses Studium in Bonn mit dem Diplom ab. Nach Beginn des Medizinstudiums in Bonn im Jahre 1972 wechselte ich 1974 an die Universität Düsseldorf, wo ich am 29.5.79 das medizinische Staatsexamen bestand. Im Juli 1979 erhielt ich meine Approbation durch den Regierungspräsidenten in Düsseldorf. Am 22.12.78 heiratete ich Herrn Prof.Dr.Ing.Eduard Igenbergs.